



TITLE:

# 統合失調症患者に発生した巨大精巣腫瘍の1例

AUTHOR(S):

野村, 広徳; 野々村, 大地; 金城, 孝則; 山本, 致之; 米田, 傑; 鄭, 則秀; 高田, 晋吾; 松宮, 清美

---

CITATION:

野村, 広徳 ...[et al]. 統合失調症患者に発生した巨大精巣腫瘍の1例. 泌尿器科紀要 2014, 60(5): 241-244

ISSUE DATE:

2014-05

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/187772>

RIGHT:

許諾条件により本文は2015/06/01に公開

## 統合失調症患者に発生した巨大精巣腫瘍の1例

野村 広徳, 野々村大地, 金城 孝則, 山本 致之  
米田 傑, 鄭 則秀, 高田 晋吾, 松宮 清美  
大阪警察病院泌尿器科

## A CASE OF GIANT TESTICULAR TUMOR IN A SCHIZOPHRENIC PATIENT

Hironori NOMURA, Takanori KINJO, Daichi NONOMURA, Suguru YONEDA,  
Yoshiyuki YAMAMOTO, Norihide TEI, Shingo TAKADA and Kiyomi MATSUMIYA  
*The Department of Urology, Osaka Police Hospital*

A 55-year-old man with schizophrenia presented with right scrotal enlargement. Clinical examination revealed a right adult-head-sized testicular tumor, multiple lymph node metastasis with marked elevation of serum lactic dehydrogenase (LDH) and  $\beta$ -human chorionic gonadotropin ( $\beta$ -HCG). Right high orchiectomy followed by chemotherapy with bleomycin, etoposide and cisplatin (BEP) for 4 cycles was performed. The tumor weighed 5,270 g, and was pathologically diagnosed as seminoma. After the treatment, the tumor markers were normalized, but he refused to undergo retroperitoneal lymph node dissection. (Hinyokika Kiyo 60 : 241-244, 2014)

**Key words :** Giant testicular tumor, Schizophrenic patient

## 緒 言

日常診療において、精神病患者に悪性腫瘍が発生した場合、精神科医ではない一般診療科の主治医は患者との意思疎通困難なことが多いと思われる。

今回われわれは一般病棟において治療を行った統合失調症患者に発生した巨大精巣腫瘍の1例を経験したので、報告する。

## 症 例

患 者 : 55歳, 男性

既往歴 : 統合失調症

家族歴 : 弟が自閉症にて精神科専門病院に入院中。

現病歴 : 約2年前より陰嚢腫大を自覚するも放置。

家人が陰嚢腫大に気が付き、2012年5月、家人同伴のもと当科初診となった。

入院時現症 : 身長 178 cm, 体重 82 kg。右陰嚢は成人頭大に腫大し、陰嚢に怒張した静脈を多数認めた。腹部リンパ節は小児頭大に腫大し、体表より触知可能であった (Fig. 1)。右下肢は浮腫を伴っていた。

入院時血液生化学検査所見 : Hb 10.0 g/dlと貧血を認め、ALP 452 U/l, LDH 7,710 U/l, HCG 3.3 mIU/ml (正常値 : 3.0 mIU/ml 以下),  $\beta$ -HCG 109 ng/ml (正常値 : 0.1 ng/ml 以下) と高値, AFP 2 ng/ml と正常値であった。

画像所見 : 単純 CT にて陰嚢内に不均一な内部低濃度を示す約 20 cm 大の腫瘍を認めた。後腹膜腔には不整形の低吸収域や石灰沈着を伴った約 20 cm の後

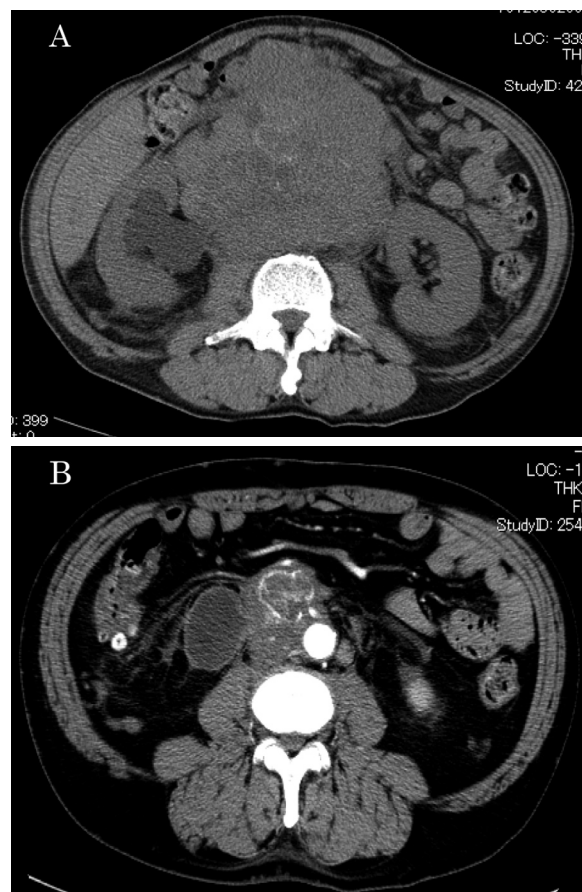


Fig. 1. Right scrotal swelling.

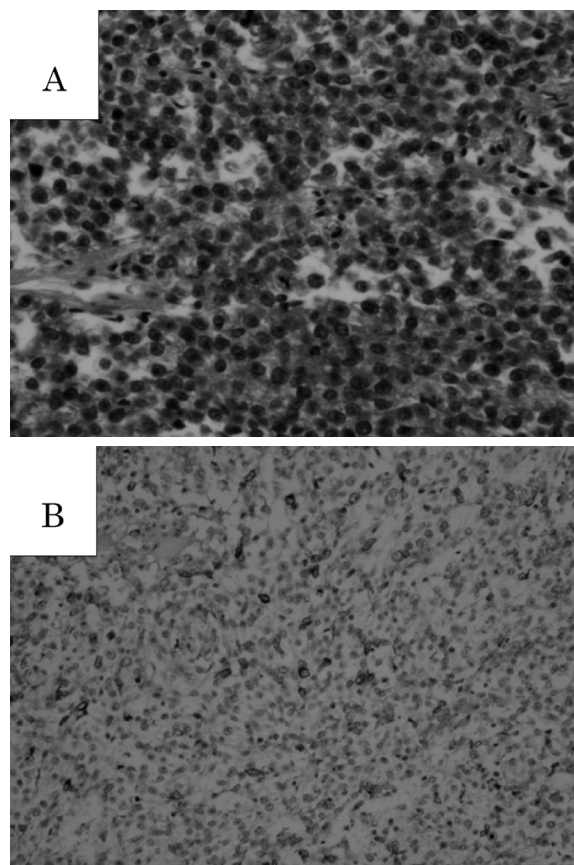
腹膜リンパ節転移を認め、下大静脈を著明に圧排し、右水腎症を来たしていた (Fig. 2A)。また、左鎖骨上リンパ節腫大も認めていた。肺転移は認めなかった。

以上の検査結果より、右精巣腫瘍、多発リンパ節転移の診断にて同年5月、右高位精巣摘除術および陰嚢皮膚合併切除術を施行。手術時間133分、出血量780 ml、摘出組織重量は5,270 gであった。

病理所見 : 肉眼的には出血、壊死を伴っており、広範な出血、壊死を背景に繊維性隔壁で分葉される形で大小の結節性病変を認めた。HE染色にて比較的淡明な細胞質を有し核小体の明瞭な異型細胞がシート状、



**Fig. 2.** Paraaortic lymph node swelling before chemotherapy (A) and after 4 courses of chemotherapy (B).

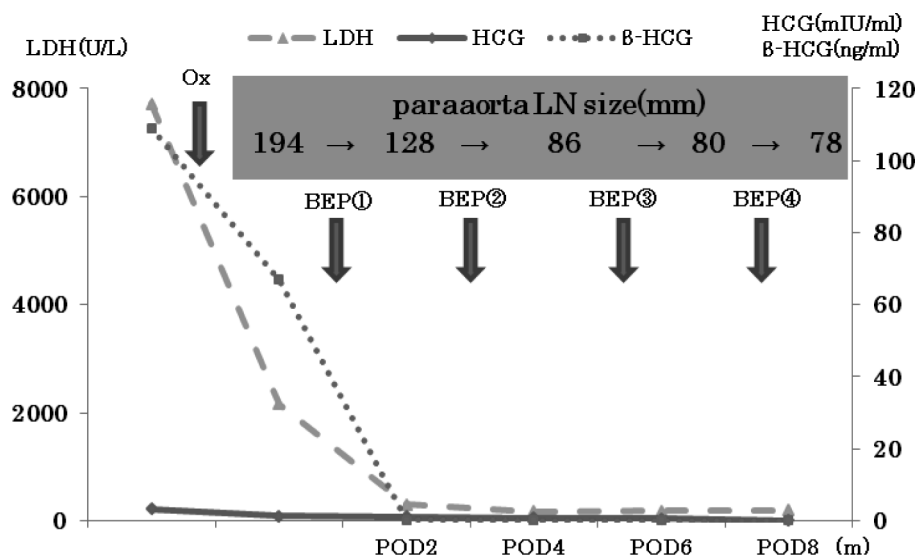


**Fig. 3.** Histopathological findings of the tumor. HE stain ( $\times 200$ ) (A). Immunopathological examination revealed focal positive for hCG ( $\times 100$ ) (B).

胞巣状に増生していた。また hCG 染色陽性であった。胎児性癌などの他の胚細胞腫瘍成分の混在は認められず、腫瘍細胞は精巢白膜内にとどまり、皮膚への浸潤は見られなかった。また精索断端にも腫瘍細胞は認めなかった。病理診断は seminoma であった (Fig.

3A, B)。

術後に施行した骨シンチ、脳 CT では転移性病変は指摘できなかった。退院後、感染性下肢静脈血栓症を来し、抗凝固療法および抗生剤治療が必要となり、抗がん剤治療が遅れる原因となった。



**Fig. 4.** Clinical course and laboratory data.

治療経過: 以上の検査結果より pT2N3M1a, IGCCC risk 分類: good risk の seminoma の診断のもとに, 同年 7 月より BEP 療法を 4 コース施行. 腫瘍マーカーは正常化し (Fig. 4), CT にてリンパ節腫大は約 8 cm に縮小した (Fig. 2B). 入院中は精神科担当医の週 1 回往診のみで, それ以上に特別な治療は要さなかった. 化学療法の副作用も軽度の骨髄抑制を認めたのみで重篤な副作用なく治療を完遂できた. しかし, 化学療法中に統合失調症の悪化は見られなかったが, 本人の同意が得られずスケジュール通りに化学療法を行えず, 4 コース完遂に約 7 カ月を要した. 治療は入退院を繰り返して行い, 精神科医の往診以外とくに特別な対応は必要なかったが, 抗がん剤治療中にも関わらず, 嘔気, 嘔吐はまったくなく, 過飲食, それに伴う体重増加著明であった. また比較的長期間の入院加療が可能であった要因として, 入院前の統合失調症のコントロールが比較的良好であったことと, 本人の希望どうりのタイミングで入退院を繰り返すことで気分転換がはかれたことが大きな原因と考えられた. 右水腎症は化学療法終了後も改善は認めず, 腎実質の菲薄化を認めた. 後腹膜リンパ節郭清術 (RPLND) を勧めるも患者の同意が得られなかったため, PET-CT を施行した. PET-CT では後腹膜リンパ節に明らかな FDG の集積を認めず, 患者および家族と相談の上, 嚴重経過観察の方針とした. 放射線治療も RPLND を拒否された段階で説明したが, 同意をえることはできなかった. その後, 精神症状の悪化を認め, 精神科専門病院に入院となり, 入院中に施行した CT にて肝転移, 傍大動脈リンパ節転移の再腫大を認めたが, 積極的な治療は本人の協力をえることは困難と判断し, 家族と相談のうえ, 無治療経過観察とした.

## 考 察

巨大精巣腫瘍とは, 正常な精巣重量約 20 g の 20 倍, 400 g 以上の重量と定義されている<sup>1)</sup>.

巨大化の理由として一般的には, 若年男性の羞恥心による医療機関受診の遅れが挙げられるが, 本症例は統合失調症という特殊な状況下にあったことが原因と考えられる.

本邦における巨大精巣腫瘍の報告例は 2001 年に藤田らが報告した 62 例に加え<sup>2)</sup>, 調べたかぎり, 自験例を含め 67 例であった<sup>3-5)</sup>. 組織型は seminoma 46 例, non-seminoma 21 例. 重量は seminoma 平均 1,743 g (最大 8,000 g), non-seminoma 平均 1,276 g (最大 2,800 g) であった. 自験例は全体で 3 番目の大きさであった. 平均年齢はそれぞれ 39.1 歳 (17~70 歳), 33.2 歳 (14~60 歳) であった. 統合失調症に合併した精巣腫瘍の報告例は自験例を含め 3 例報告があった

が, 統合失調症に合併した巨大精巣腫瘍は自験例のみであった.

当院には精神科入院病棟がなく外来診療のみを行っており, 入院に先立って, 一般病棟での長期入院に耐えるかどうかを判定する目的で精神科を受診し, 入院可能との判断を得た. また, 病棟および医療安全部にも統合失調症患者を入院させる旨を伝達のうえ, 入院を決定した. 本人, および家族への告知に関しては精巣がん, リンパ節転移にて, 精巣摘除および抗がん剤治療が必要と説明し一様の理解をえることができた. ただ, 同居している母, 近隣在住の叔母ともに高齢で理解が不十分であったことは否めない. また兄は理解良好で協力的であったが, 遠方在住のため, 頻回の来院は困難な状況であった.

本人, 家族の強い希望もあり個室管理にし, 幸いにも危険行動などはみられず, 安全に治療を行うことができた. しかし, RPLND を勧めたところ, 手術に対する不安が強く, 精神症状の悪化を来し, 精神科専門病院に入院となった. RPLND の説明の際に, 精神科医とともにカウンセリング, 説得は行わなかったが, 現在振り返って考えれば同席してもらうべきであったと思われる.

精神疾患を合併した悪性腫瘍患者の報告は少ない. 立花らが悪性腫瘍を合併し, DSM-IV で統合失調症患者と診断した 25 例 (男性 9 例, 女性 16 例) を対象とし報告を行っている<sup>6)</sup>.

患者背景であるが, 発症時平均年齢は  $27.6 \pm 8.8$  歳, 平均罹病期間  $25.9 \pm 13.8$  年間, 平均入院期間  $10.7 \pm 13.1$  年間, 病型は妄想型 3 例, 解体型 4 例, 鑑別不能型 2 例, 残遺型 16 例であった.

悪性腫瘍の診断時年齢は  $53.1 \pm 8.8$  歳, 原発巣は乳癌 5 例, 肺癌・胃癌: 4 例, 直腸癌・甲状腺癌: 3 例, 子宮頸癌 2 例, 食道癌・卵巣癌・腎癌・精巣腫瘍: 1 例という内訳であった.

精神症状の変化に関しては, 変化なしが 19 例, 変化ありが 6 例で, せん妄, 不眠, 焦燥感, 不安感増悪などが出現した.

告知の有無に関しては, 告知有りが 13 例, なしが 12 例であった. 告知されていない症例は stage IV の症例と, 緊急性を要する症例, 患者の理解力が乏しいと思われる症例であった.

手術施行の有無に関しては, 手術施行例は 21 例, 手術未施行例は 4 例であった.

受診に至るまでの期間は 1 カ月以内が 17 例, 1~3 カ月が 5 例, 3~6 カ月が 2 例, 7 年が 1 例であった.

悪性腫瘍発見時の状況は自覚症状を訴え発見された症例が 18 例, 他覚的に発見された症例は 7 例でその内訳は定期検査で発見 4 例, 他疾患精査中の発見 2 例,



介護中の発見1例であった。統合失調症患者が悪性腫瘍を合併した際、その発見・診断・治療において種々の困難が伴う。その点に関して、野島らは4つの問題点を挙げている。①自覚症状の訴えが少なく悪性腫瘍の発見が困難であること、②一般科での入院治療の場合、慣れない環境で精神症状が増悪しやすく治療の必要性が理解できず治療ができない、③手術を含めたインフォームドコンセントをえることが困難である、④手術を施行した際の精神症状への影響の4点である<sup>7)</sup>。

それぞれを自験例にあてはめて考えてみる。①少なくとも2年前より陰嚢腫大を自覚していたものの、受診せず、同居の家人に連れられ来院した。②治療の必要性はある程度理解はしており、治療は可能であり、個室での入院管理を行うことで、精神症状の大きな悪化は認められなかった。ただ、後腹膜リンパ節郭清時の右腎合併切除の可能性を説明した際には拒否反応が高度で本人の承諾が得られず、手術は施行できなかった。可視病変が消失したことによる病識の低下および正常腎の摘出の必要性の理解が得られなかったことが原因として考えられた。③家族が比較的協力的であり、インフォームドコンセントをえることに大きな問題はなかった。④高位精巣摘除術の際には絶食期間も短期間のため、内服薬の中断もなく精神症状の大きな悪化は認められなかった。術後に長期間の経口投与ができない場合、術後せん妄、精神症状の悪化は危惧される事象であり、それに伴うドレーン類、チューブ類の自己抜去は避けたい事態である。長谷川らは、後腹膜リンパ節郭清術の術後麻痺性イレウスによる抗精神病薬の経口投与の長期の中断が予想されたため、経管投与を目的として同時に腸瘻造設術を施行したが腸瘻を使用することなく経口摂取可能であったと報告している<sup>8)</sup>。やや過剰対応である感は否めないが、患者個々における精神状態の程度は異なっており、主治医、精神科医の判断が重要であることは間違いのないと思われる。

近年、統合失調症や発達障害などの精神疾患の有病率が増加しており、精神病患者の癌治療の機会も多くなると予想される。われわれ泌尿器科医も精神科医と緊密に連携し、治療にあたることが重要と考えられた。

## 結 語

統合失調症患者に発生した巨大精巣腫瘍の1例を経験したので報告した。

## 文 献

- 1) 児島真一, 佐竹一郎, 田利清信, ほか: 巨大睾丸腫瘍の3例. 埼玉医会誌 **21**: 1282-1286, 1987
- 2) 藤田和利, 辻川浩三, 室崎伸和, ほか: 肺転移による呼吸困難を契機に発見された巨大精巣腫瘍の1例. 泌尿紀要 **47**: 599-604, 2001
- 3) 古目谷 暢, 郷原絢子, 梅本 晋, ほか: 腹腔内停留精巣に発生した巨大精巣腫瘍の2例. 泌尿器外科 **24**: 369-372, 2011
- 4) 小堀善友, 重原一慶, 天野俊康, ほか: 巨大精巣腫瘍の1例. 長野赤十字病医誌 **18**: 8-50, 2005
- 5) 中山恭樹, 山田大介, 陶山文三, ほか: 巨大精巣腫瘍の1例. 臨泌 **55**: 359-361, 2001
- 6) 立花義浩, 長尾智美, 仲唐安哉, ほか: 悪性腫瘍を合併した統合失調症患者の臨床的検討. 山蘭病医誌 **30**: 56-60, 2005
- 7) 野島秀哲, 鈴木宏和, 岡本典雄, ほか: 悪性腫瘍を合併した精神分裂病. 臨精医 **25**: 1449-1456, 1996
- 8) 長谷川太郎, 清田 浩, 岸本幸一, ほか: 精神分裂病患者に発症した精巣腫瘍の治療経験. 泌尿紀要 **44**: 897-899, 1998

(Received on June 28, 2013)

(Accepted on January 27, 2014)

## Editorial Comment

統合失調症患者には癌の発生が少ない<sup>1)</sup>と言われており、とくに精巣腫瘍が少ないとされる<sup>2)</sup>。統合失調症患者を一般病棟で治療するに先立ち、他の入院患者とその家族、ならびに医療従事者の安全を第一に考えなければならない。そのためには精神科医の存在が重要になる。入院前だけではなく、入院中も定期的に精神状態を観察し、看護師も含めて治療継続の可否に関する意見交換が必要である。本症例の治療に関わられた医療スタッフならびに長期間の治療を受け入れられた本人・家族に敬意を表する。病識の欠落から治療が遅れてしまうことはやむを得ないかもしれないが、4コースに及ぶ治療が3週ごとにしっかり行えていれば救命もできたかもしれないと思うと残念である。精神疾患を有する患者の治療に際しては、通常よりもさらに濃厚なチーム連携が必要であることが浮き彫りになった症例である。

- 1) Tabarés-Seisdedos R, Dumont N, Baudot A, et al.: No paradox, no progress: inverse cancer comorbidity in people with other complex disease. Lancet Oncol **12**: 604-608, 2011
- 2) Mortensen PB: The occurrence of cancer in first admitted schizophrenic patients. Schizophr Res **12**: 185-194, 1994

神戸市立医療センター中央市民病院  
川喜田睦司